Aus der Klinik und Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten
des zahnärztlichen Instituts der Universität Breslau.
Direktor: Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Partsch.

Osteomyelitis der Kiefer.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Würde eines Doktors
der Zahnheilkunde bei der medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.

Vorgelegt von

Kurt Anders,
prakt. Zahnarzt
Oppeln O.-Schl.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Breslau 1921.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.

Referent: Professor Dr. Partsch.

Unter Osteomyelitis verstehen wir eine Knochenmarkentzündung, die von der Markhöhle ausgehend diffus um sich greifend oder zirkumskript bleibend zur Nekrose von größeren oder kleineren Knochenteilen führt. Die Krankheit ist als gefährlich zu bezeichnen, besonders in ihrem diffusen Auftreten. Im Rahmen der gesamten Skelettknochen werden die Kiefer selten von ihr befallen; Dependorf fand unter 600 Osteomyelitiden sie nur 10 mal an den Kiefern lokalisiert, davon 2 mal am Oberkiefer, 8 mal am Unterkiefer. In der Breslauer Klinik sind in einem Zeitraum von 30 Jahren 81 Kiefer-Osteomyelitiden beobachtet worden, 33 mal am Oberkiefer, 46 mal am Unterkiefer, 2 mal an beiden Kiefern. Eine besondere Prädisposition für Osteomyelitiden zeigen die langen Röhrenknochen wegen ihres großen Markreichtums; die Osteomyelitis lokalisiert sich hier mit Vorliebe an den Epiphysen. Das im Verhältnis zu den anderen Schädelknochen häufige Auftreten der Osteomyelitis an den Kiefern ist abgesehen davon, daß der Unterkiefer in seinem anatomischen Bau große Aehnlichkeit mit den Röhrenknochen aufweist, auf die wenig geschützte Lage der Kiefer unter einer nur dünnen Weichteildecke zurückzuführen, sodaß sie bei einem Trauma oder einer Hautinfektion leicht tangiert werden.

Geschlecht und Beruf haben keinen nachweisbaren Einfluß auf das Auftreten der Osteomyelitis, dagegen ist das Alter ausschlaggebend. Beim jugendlichen Individuum ist bei der durch das schnelle Knochenwachstum bedingten Zirkulationsstörung die Möglichkeit und auch die Gefahr einer Ansiedlung von Bakterien in dem blutreichen Knochenmark bedeutend größer als bei Erwachsenen.

Als Erreger der Osteomyelitiden kommen heute alle pyogenen Mikroben in Frage, insonderheit Staphylococcen, Streptococcen. Wir unterscheiden eine idiopathische, metastatische und traumatische Osteomyelitis. Sehr oft entsteht sie hämatogen. Des Weiteren

wird sie beobachtet bei und nach akuten Infektionskrankheiten: Tyhus, Influenza, Scharlach, Masern, Variola, Pocken. Idiopathisch nennt man die Fälle, in denen sich eine äußere Ursache nicht ermitteln läßt. Fischer rechnet hierzu seltsamerweise auch die odontogenen Osteomyelitiden, die uns am häufigsten begegnen. Als metastatisch bezeichnen wir die Fälle, in denen die Infektion von einer weiter entfernten Stelle hergeleitet wird, z. B. von einem Furunkel am Hals. Bei der traumatischen Form braucht eine sichtbare Entblössung oder Fraktur des Kieferknochens nicht vorzuliegen, es genügt eine geringfügige Schädigung. Sklerotische Osteomyelitiden erinnern in ihrem Krankheitsbild an Sarkome, Tuberkulose, Lues 3 und Aktinomykose.

Der Krankheitsverlauf präsentiert sich uns in der diffusen Form als vorherrschende Lokalinfektion oder als schwere Allgemeininfektion. Während erstere meist allmählich in das chronische Stadium übergeht, endet die letztere meist mit dem Tode, diese Form ist jedoch selten. Die zirkumskripten Formen sind bedeutend harmloserer Natur, wenn sich die Eiterung und Sequestration auch über Monate hinziehen kann. Ausgesprochene chronische Formen zeigen ein wenig ausgeprägtes Krankheitsbild, mitunter stellen sich einzelne akute Anfälle ein.

Die gelockerten Zähne sind nur zu extrahieren, wenn sie die Ursache der Osteomyelitis bilden, sonst sind sie zu erhalten, meist werden sie nach Ablauf der Krankheit wieder fest.

Mit der Entfernung der Sequester ist bis zur beendeten Demarkation zu warten, um die Bildung der Knochenlade am Unterkiefer nicht zu stören. In den schwersten diffusen Formen ist jede Therapie so gut wie nutzlos, der Tod erfolgt meist schon nach wenigen Tagen. Im Allgemeinen sind tiefe Weichteilinzisionen zum Eiterabfluß zweckentsprechend.

Als Folgeerscheinungen der Osteomyelitiden an den Kiefern sehen wir Unterkieferfrakturen, Kommunikationen der Mundhöhlen mit Nachbarhöhlen, Paresen und Anaesthesien.

Verlag: Wirtschaftsamt der Studentenschaft der Universität Breslau.